

西暦 年 月 日

栃木県栄養士会栄養ケア・ステーション (新規 変更) 登録申込書

私は、管理栄養士・栄養士として、下記の技術、技能に精通しておりますので、栃木県栄養士会栄養ケア・ステーションへの登録を申し込みます。

ふりがな 氏名			会員番号	生年月日	西暦 月 日
自宅	〒 電話： fax：				
勤務先 (在宅の場合は記入不要)	名称				
	所在地	〒 電話： fax：			
携帯電話					
E-mail	優先順位①				
	優先順位②				
所属支部	支部	所属協議会	協議会		
資格	①管理栄養士 ②栄養士 ③その他の資格 ()				
略歴					
活動・経験 分野	<input type="checkbox"/> 特定保健指導 <input type="checkbox"/> 献立作成 <input type="checkbox"/> 栄養計算 <input type="checkbox"/> 在宅訪問指導 <input type="checkbox"/> 栄養成分表示 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 栄養講話 <input type="checkbox"/> 料理教室 <input type="checkbox"/> その他 ()				
活動範囲	①県内全域 ②次の市町 ()				
交通手段	①公共交通機関 ②自家用車 ③その他 ()				
備考					

・変更の場合は、氏名、会員番号のほか、変更があった項目のみ記入してください。

問合せ先：栃木県栄養士会事務局 (TEL028-634-3438)

「備考」欄以外は必ず記入してください。

公益社団法人栃木県栄養士会